

AVALIAÇÃO SISTÊMICA DE PACIENTE PORTADOR DE ULCERAÇÃO AFTOSA RECORRENTE

Heron Fernando de Sousa GONZAGA*

Lúcia Helena de Sousa GONZAGA**

Carlos Alberto de Souza COSTA*

Luís Carlos SPOLIDORIO*

Lucimari OSAKI***

Paula Midori NAKA***

- **RESUMO:** Numa visão holística, o paciente é visto como um "todo", não mais como "partes". Dessa forma, a ulceração aftosa recorrente nos mostra um estado de desarmonia no indivíduo, cujo órgão de choque é a mucosa bucal. Objetivando a avaliação do paciente portador da ulceração aftosa recorrente como um "todo", os autores realizaram a avaliação sistêmica e estomatológica em 50 pacientes portadores dessa alteração. Destes, 33 (66%) eram do sexo feminino e 17 (34%), do sexo masculino. Com relação à raça, 76% era da raça branca, 14% da raça negra e 10% da raça amarela. Suas idades variavam de 15 a 61 anos. Os pacientes foram submetidos a exame clínico geral e estomatológico completos. Pesquisou-se o interrogatório sobre os diversos aparelhos, anamnese dos antecedentes pessoais e familiares. O estágio sintomático antes da lesão estava presente em 32%; e o pré-ulcerativo, em 56%. A atopia estava presente em 56%; as reações medicamentosas, em 28%. Observaram-se antecedentes familiares para a alteração em 76%. As lesões eram mais frequentes na mucosa labial (30%), na língua (26%) e na mucosa jugal (22%).
- **PALAVRA-CHAVE:** Estomatite aftosa.

Introdução

De todos os tipos de ulcerações não-traumáticas que afetam as mucosas, as úlceras aftosas são, provavelmente, as mais comuns.⁷ Durante muitos anos, essa con-

* Departamento de Patologia – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

** Departamento de Dentística – Faculdade de Odontologia – Unimar – 17525-902 – Marília – SP.

*** Acadêmicos – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

dição tem sido estudada por vários pesquisadores. Apesar de muitos fatores de exacerbação terem sido identificados, a sua etiologia permanece obscura.¹¹

Numa visão holística, o paciente é visto como um "todo", não mais como "partes". Desta forma, a ulceração aftosa recorrente nos mostra um estado de desarmonia no indivíduo, cujo órgão de choque é a mucosa bucal.

Com esse enfoque, realizamos a avaliação sistêmica de pacientes portadores de ulceração aftosa recorrente (UAR).

Material e método

Foram examinados seqüencial e clinicamente 50 pacientes portadores de ulceração aftosa recorrente. Os pacientes foram submetidos a exame clínico geral e estomatológico completos.

Antes do exame estomatológico, todos os pacientes foram submetidos a uma anamnese completa, pesquisando-se a história da alteração estudada, como idade de aparecimento da lesão, recidivas, fatores desencadeantes, sintomas do estágio sintomático, presença do estágio pré-ulcerativo, características do estágio ulcerativo, tempo de reparação, bem como doenças associadas, vícios como o tabagismo, consciência do estresse emocional, reações alérgicas e antecedentes familiares para a alteração.

Resultado

Tabela 1 – Distribuição da amostragem de acordo com o sexo dos pacientes

Sexo	nº	%
Masculino	17	34
Feminino	33	66
Total	50	100

Tabela 2 – Distribuição da amostragem de acordo com a raça dos pacientes

Raça	nº	%
Branca	38	76
Negra	7	14
Amarela	5	10
Total	50	100

Tabela 3 – Distribuição da amostragem de acordo com a faixa etária comprometida

Faixa etária	nº	%
0 - 10	1	2
10 - 20	12	24
20 - 30	31	62
30 - 40	2	4
40 - 50	2	4
50 - 60	1	2
60 - 70	1	2
Total	50	100

Tabela 4 – Distribuição da amostragem de acordo com a idade de aparecimento da lesão

Faixa etária	nº	%
0 - 10	7	14
10 - 20	11	22
20 - 30	1	2
Ignorada	31	62
Total	50	100

Tabela 5 – Distribuição da amostragem de acordo com os fatores desencadeantes

Fatores desencadeantes	nº	%
Traumas	23	46
Ingestão de frutas cítricas	15	30
Estresse emocional	13	26
Menstruação	3	6
Ignorado	5	10
Outros	4	8

Tabela 6 – Distribuição da amostragem de acordo com a frequência de recidivas

Recidivas	nº	%
1x / 7 dias	2	4
1x / 15 dias	2	4
1x / 30 dias	9	18
1x / 60 dias	8	16
1x / 90 dias	14	28
1x / 180 dias	8	16
1x / ano	4	8
menos de 1x / ano	3	6
Total	50	100

Tabela 7 – Distribuição da amostragem de acordo com os sintomas do estágio sintomático

Sintomas	nº	%
Ausente	34	68
Aspereza de mucosa	14	28
Dor	12	24
Prurido	3	6
Tensão	2	4

Tabela 8 – Distribuição da amostragem de acordo com o estágio pré-ulcerativo

Estágio pré-ulcerativo	nº	%
Ausente	22	44
Eritema	23	46
Dor	16	32
Mácula	3	6
Membrana	1	2

Tabela 9 – Distribuição da amostragem de acordo com as alterações relatadas no estágio ulcerativo

Estágio ulcerativo	nº	%
Dor	48	96
Membrana esbranquiçada	40	80
Exsudato branco-amarelado	7	14
Membrana necrótica	2	4
Exsudato acinzentado	1	2

Tabela 10 – Distribuição da amostragem de acordo com o tempo de reparação

Reparação	nº	%
2 dias	6	12
3 dias	6	12
5 dias	1	2
7 dias	11	22
Ignorado	26	52

Tabela 11 – Distribuição da amostragem de acordo com a associação a doenças (infecções herpéticas, gastrite, hipertensão arterial e anemia)

Resposta	Infecções herpéticas		Gastrite		Hipertensão arterial		Anemia	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	12	24	11	22	4	8	4	8
Não	38	76	39	78	46	92	46	92
Total	50	100	50	100	50	100	50	100

Tabela 12 – Distribuição da amostragem segundo presença de processos alérgicos (atopia e reações medicamentosas)

Resposta	Atopia		Reações medicamentosas	
	nº	%	nº	%
Sim	28	56	14	28
Não	22	44	36	72
Total	50	100	50	100

Tabela 13 – Distribuição da amostragem segundo consciência de estresse emocional, tabagismo, antecedentes familiares e anemia

Resposta	Estresse emocional		Tabagismo		Antecedentes familiares		Anemia	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	22	44	2	4	28	56	4	8
Não	28	56	48	96	22	44	46	92
Total	50	100	50	100	50	100	50	100

Tabela 14 – Distribuição da amostragem de acordo com o número de lesões observadas

Nº de lesões	nº	%
1	37	74
2	10	20
4	2	4
6	1	2
Total	50	100

Tabela 15 – Distribuição da amostragem de acordo com o tamanho das lesões

Tamanho das lesões (MM)	nº	%
1	6	12
2	14	28
3	23	46
4	2	4
5	4	8
6	21	2
Total	50	100

Tabela 16 – Distribuição da amostragem de acordo com a localização das lesões

Localização das lesões	nº	%
Mucosa labial	15	30
Língua	13	26
Mucosa jugal	11	22
Fórnice vestibular	10	20
Gengiva	5	10
Pilares amigdalíacos	1	2

Discussão

Objetivando a avaliação do paciente portador da ulceração aftosa recorrente como um “todo”, neste trabalho realizamos a avaliação sistêmica geral de pacientes com essa alteração.

Com relação ao sexo, observam-se 66% do sexo feminino e 34% do sexo masculino (Tabela 1). Na maioria dos estudos epidemiológicos, o sexo feminino tem uma prevalência maior do que o sexo masculino de ulceração aftosa recorrente, e isso leva à especulação da possibilidade da influência do hormônio sexual. Em algumas mulheres, há uma relação entre os seus padrões da ulceração bucal e o ciclo menstrual, com úlceras ocorrendo mais frequentemente na fase lútea. Pacientes com esse padrão de ulceração bucal frequentemente experienciam uma completa remissão durante a gravidez e sua exacerbação durante o puerpério.⁴

Quanto à raça, observam-se 76% da raça branca (Tabela 2). O presente trabalho não permite questionar uma predominância da ulceração aftosa recorrente na raça branca, em virtude do fato de que em todos os pacientes por nós atendidos predominam os da raça branca.

Observa-se uma nítida predominância de pacientes na terceira década de vida, porcentagem de 62% (Tabela 3). Poderíamos especular se fatores como o estresse não

exerceriam um importante papel no desencadeamento do quadro nessa faixa etária, exposta à conquista de um "espaço" na vida profissional e social. A grande maioria dos pacientes (62%) não sabia referir a idade de aparecimento da lesão; 22% dos pacientes referiram o aparecimento da lesão na segunda década de vida, como mostra a Tabela 4. Após a infância, segundo Ferguson et al.,⁴ todos os grupos etários podem ser afetados e o pico da idade de início da doença está na segunda década.

Entre os fatores predisponentes, incluem-se: menstruação, estresse emocional e pequenos traumas, como escovação dos dentes e alimentos abrasivos.¹³ Os fatores desencadeantes da ulceração aftosa recorrente referidos pelos pacientes são muito variados (Tabela 5), e vários destes referiam mais de um fator desencadeante. Ressaltamos serem todos eles situações de estresse, seja físico ou emocional.

A ulceração aftosa recorrente dura aproximadamente de 10 a 14 dias e um paciente pode ter um, dois ou mais episódios por ano.¹³ Entre os pesquisados, 52% dos pacientes não sabiam referir o tempo de reparação da lesão (Tabela 10). Observa-se em 84% dos pacientes, pelo menos, uma recidiva a cada 180 dias (Tabela 6).

Na avaliação clínica da UAR, consideramos os estágios clínicos citados por Stanley:¹⁰ sintomático, pré-ulcerativo, ulcerativo e de reparação. O estágio sintomático caracteriza-se pela presença de sintomas como sensação pruriginosa, tensão, dor e aspereza da mucosa, perdurando por um período de cerca de 24 horas, no local em que a lesão irá se desenvolver. No estágio pré-ulcerativo, observam-se sinais como eritema, mácula ou pápula nos locais onde se observará a presença da úlcera, a dor é um sintoma proeminente e concomitante nessa fase. O estágio seguinte é o ulcerativo. Após um período variável de 4 a 35 dias, observa-se o estágio de reparação, usualmente sem deixar seqüelas cicatriciais macroscopicamente. As características desses estágios foram observadas (Tabelas 7, 8, 9), mostrando achados descritos na literatura.^{1, 12, 13, 14}

Uma possível etiologia viral tem sido sugerida por vários autores. O herpes simples foi relacionado como agente etiológico.^{3, 12} Pedersen⁶ questiona o vírus do *Herpes zoster* como agente da alteração. Mais recentemente, para alguns autores, a prevalência aumentada da alteração em pacientes portadores de HIV reforça a etiologia viral.^{15, 8} Neste trabalho, observa-se a associação com o herpes simples em 24% dos pacientes (Tabela 11).

As doenças sistêmicas mais freqüentemente associadas são a gastrite e a hipertensão arterial (Tabela 11) que, juntamente com a ulceração aftosa recorrente, têm no seu componente etiológico ou desencadeante o estresse emocional. O estresse emocional, por sua vez, era conscientizado, relatado pelo paciente em 44% dos casos (Tabela 13). Especulamos se a porcentagem de pacientes com estresse emocional não seria muito maior. A realização de uma avaliação psicológica detalhada e minuciosa dos pacientes seria aconselhável. Ferguson et al.⁴ acreditam que o estresse emocional esteja implicado na precipitação da ulceração bucal. Esses autores citam um trabalho realizado que mostra a diferença entre estudantes nos períodos letivos e em férias: as ulcerações eram mais prevalentes no período letivo.

A anemia é relatada por 8% dos pacientes (Tabela 11). Boisnic & Tovar,¹ discutindo a etiologia nutricional da ulceração aftosa recorrente, postulam deficiência em ácido fólico, vitamina B12 e ferro.

A observação dessas alterações sistêmicas associadas à ulceração recorrente, por si só, reforça a necessidade da avaliação do paciente como um todo.

Evidências significativas sugerem um mecanismo imunológico, como uma causa da ulceração aftosa recorrente. Estudos têm revelado uma prevalência aumentada de atópicos em portadores de UAR.¹² Observamos uma prevalência aumentada de atópicos (56%), seja como rinite, bronquite ou dermatite atópica. As reações medicamentosas são referidas em 28% (Tabela 12). Tanto a atopia como as reações medicamentosas têm o mecanismo imunológico na sua etiopatogenia.

Uma relação inversa entre o tabagismo e a afta é referida por Shapiro et al.⁹ Os dados encontrados no trabalho estão de acordo com a literatura, e a UAR é observada em apenas 4% dos pacientes tabagistas.

Antecedentes familiares para ulceração aftosa recorrente são observados em 56% (Tabela 13). Uma prevalência aumentada de história familiar positiva é referida.¹⁴ Associação com HLA tem sido mostrada por vários autores. Certos antígenos HLA são imputados como relacionados, tais como HLA-A₂, HLA-DR₁₂, HLA-DR₂.¹² Em chineses, foi encontrada uma forte associação com HLA-DRW₉.¹¹

O exame bucal possibilitou-nos observação do número de lesões, das características da lesão elementar e a localização destas (Tabelas 14, 15 e 16); 94% dos pacientes apresentam apenas uma ou duas lesões. Todas as lesões dos pacientes pesquisados correspondem a úlceras aftosas *minor*. As úlceras aftosas *major* são lesões com mais de 10 mm e as *minor*, com menos de 10 mm.²

Os locais mais freqüentes da ulceração aftosa recorrente *minor* são a mucosa labial e jugal.² Dentre nossos pacientes, os locais mais freqüentes são a mucosa labial (30%), língua (26%) e mucosa jugal (22%) (Tabela 16).

A multiplicidade de fatores relacionados observados, tais como: predominância do sexo feminino, menstruação (influência hormonal), estresse emocional, traumas, etiologia viral, doenças sistêmicas associadas, fatores imunológicos e antecedentes familiares nos mostram a mucosa bucal como um órgão de choque na desarmonia do "todo".

No modelo tradicional da doença, o paciente não é visto como um "todo" e, sim, como "partes". Dessa forma, apesar de se pesquisar exaustivamente a etiologia, a evolução e a terapêutica, não se chega ao núcleo, ao ponto de origem dos problemas. Numa visão holística, o paciente é visto como um "todo", com aspectos físicos, emocionais e sociais, que, quando integrados em harmonia, encontra-se em estado de saúde, e, quando em desarmonia, com a doença. O indivíduo não é visto como "partes", como uma pele, uma boca, um dente, um coração, um pulmão. O que se considerava doença, nada mais é do que uma manifestação de que algo não vai bem com o indivíduo. Assim, a ulceração aftosa recorrente nos mostraria um estado de desarmonia no indivíduo, cujo órgão de choque é a mucosa bucal; no indivíduo as-

mático, o órgão de choque é o pulmão; na urticária, a pele; na taquicardia supraventricular, o coração; na síndrome convulsiva, o sistema nervoso.

Conclusão

A partir dos dados observados na ulceração aftosa recorrente, constatamos que:

- ocorre predominantemente no sexo feminino;
- o estresse emocional está presente em 44%;
- a atopia está presente em 56%;
- 76% apresentam antecedentes familiares para a alteração;
- os locais mais frequentes da alteração são a mucosa labial (30%), língua (26%) e mucosa jugal (22%).

Essa multiplicidade de fatores observados permite-nos concluir que a ulceração aftosa recorrente corresponde a um estado de desarmonia do "todo", cujo órgão de choque é a mucosa bucal.

GONZAGA, H. F. de S. et al. Systemic evaluation in patients with aphtous stomatitis. *Rev. Odontol. UNESP (São Paulo)*, v.24, n.2, p.253-262, 1995.

- **ABSTRACT:** *In an holistic view, patients are evaluated as a "whole", not as "parts". Aphtous stomatitis represents a disharmony in patients shock organ is the oral mucous. For an holistic evaluation, we submitted 50 patients with aphtous stomatitis to a full general clinical and intraoral examination. Thirty-three females (66%) and 17 males (34%) were studied, 76% were white, 14% were black and 10% were yellow. The age range was from 15 to 61 years old. Present illness, past medical history and familiar history were registered. The syntomatic stage, before the appearance of the lesion, was shown in 32% of the patients and pre-ulcerative in 56% of the patients. Atopy was detected in 56% of the patients and drugs eruption in 28%. Familiar history of aphtous stomatitis, was present in 76% of the cases. The lesions were more frequent in lip mucous (30%), tongue (26%) and buccal mucous (22%).*
- **KEYWORD:** *Stomatitis aphtous.*

Referências bibliográficas

- 1 BOISNIC, S., TOVARU, S. Bilan et traitement des aphtoses buccales. *Ann. Dermatol. Venereol.*, v.118, p.53-9, 1991.
- 2 CHALLACOMBE, S. J., SHIRLAW, P. J. Oral ulceration; when to treat, refer or ignore. *Dent. Update*, v.1, p.368-73, 1991.
- 3 EGLIN, R. P., HEHNER, T., SUBAK-SHARPE, J. H. Detection of RNA complementary to herpes simplex virus in mononuclear cells from patients with Behcet's syndrome and recurrent oral ulcers. *Lancet*, v.2, p.1356-60, 1982.

- 4 FERGUSON, M. M., CARTER, J., BOYLE, P. An epidemiological study of factors associated with recurrent aphthae in women. *J. Oral Med.*, v.39, p.212-7, 1984.
- 5 McPHAIL, L. A., GREENSPAN, D., GREENSPAN, J. S. Recurrent aphtous ulcers in association with HIV infection. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.73, p.283-8, 1992.
- 6 PEDERSEN, A. Acyclovir in the prevention of severe aphtous ulcers. *Arch. Dermatol.*, v.128, p.119, 1992.
- 7 REGEZI, J. A., SCIUBA, J. J. Ulcerative conditions. In: _____. *Oral pathology: clinical - pathologic correlations*. Philadelphia: Saunders, 1989. p.29-68.
- 8 ROSENSTEIN, D. I., CHIODO, G. T., BARTLEY, M. H. Treatment recurrent aphtous ulcers in patients with AIDS. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.122, p.66-8, 1991.
- 9 SHAPIRO, S., OLSON, D. L., CHELLEMI, S. J. The association between smoking and aphtous ulcers. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.30, p.624-30, 1970.
- 10 STANLEY, H. R. Aphtous lesions. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.33, p.407-16, 1972.
- 11 SUN, A. et al. Strong association of HLA - DRW₉ in chinese patients with recurrent oral ulcers. *J. Am. Acad. Dermatol.*, v.24, p.195-8, 1991.
- 12 VINCENT, S. D., LILLY, G. E. Clinical, historic, and terapeutic features of aphtous stomatitis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.74, p.79-86, 1992.
- 13 WOODS, M. A. et al. Oral ulcerations. *Quintessence Int.*, v.21, p.141-51, 1990.
- 14 ZEGARELLI, D. J. Mouthwashes in the treatment of oral disease. *Drugs*, v.42, p.171-2, 1991.

Recebido em 7.7.1994.